

**QUANTITATIVE ANALYSIS OF THE MEDICAL RECORD DOCUMENT CASES OF STROKE
HOSPITALIZATIONS FOURTH QUARTER OF 2012 IN THE HOSPITAL KRT
SETJONEGORO WONOSOBO**

TomiYuliawanAchmad *) JakaPrasetyaS.Kep **)

*) Alumni FakultasKesehatanUniversitas Dian Nuswantoro

***) StafPengajarFakultasKesehatanUniversitas Dian Nuswantoro

Jl. Nakula 1 No 5 – 11 Semarang

E-mail :

ABSTRACT

Background:Medical record documents greatly affects the resulting information to document the medical record, in hospitals KRT Setjonegoro Wonosobo still often found lack of completeness in the charging document medical records.The purpose of this study is to identify the completeness of the charging document and count the number of completeness charging document inpatient medical record fourth quarter of stroke cases in 2012 in 2012 in hospitals KRT Setjonegoro Wonosobo

Method:This research is descriptive quantitative approach, data collection by observation, checklist and analyzing the medical record documents that have been filled. The samples were 83 inpatient medical record documents.

Results:showed completeness in every review the reviews identified 38.9%, 30.1% authentication review, review reporting 59%, review records 49.4% 48.2% and DMR calculations.

Conclusion: the results of the calculations are still a lot of documents are incomplete medical records in the filling. Suggestion, the need for improved management and medical records so that the medical staff did a complete data recording and continuous.

Keywords: Quantitative analysis. Medical record documents. Medical records

A. PENDAHULUAN

Latar belakang

Rumah sakit merupakan suatu pelayanan yang terdiri dari suatu sistem yang bersatu padu untuk melaksanakan dan bertujuan mencapai tujuan yang telah ditetapkan, adapun sistem tersebut terdiri dari 5M yaitu *man, money, machine, method, material*, selain itu informasi juga berpengaruh dalam pelaksanaan sistem tersebut. Dengan adanya unsur sumber daya tersebut diharapkan pelayanan kesehatan mampu memberikan suatu pelayanan yang memuaskan, praktis, efektif dan efisien mungkin untuk memberikan kepuasan kepada customer atau pengguna pelayanan kesehatan tersebut.

Rumah sakit dalam bahasa *inggris* disebut *hospital*. Kata *hospital* berasal dari kata lain dalam bahasa latin *hospitalis* yang berarti tamu. Secara lebih luas kata itu bermakna menjamu para tamu. Memang menurut sejarahnya, *hospital* atau rumah sakit adalah suatu lembaga yang bersifat kedermawanan (*charitable*), untuk merawat pengungsi atau memberikan pendidikan bagi orang-orang yang kurang beruntung (*miskin*), berusia lanjut, cacat, atau para pemuda.

Setiap penyedia pelayanan kesehatan pasti ingin mendapatkan hasil informasi dan data yang jelas, lengkap, dan berkualitas dari semua pelayanan yang telah diberikan kepada pasien mulai dari penegakan diagnosis oleh dokter, tindakan yang telah diberikan kepada pasien, obat yang telah dokter berikan kepada pasien, serta kode penyakit dan data pribadi dari pasien tersebut, untuk dijadikan berbagai macam keperluan pelayanan kesehatan tersebut, agar terselenggarakannya suatu pelayanan kesehatan yang mempunyai informasi yang akurat, maka di suatu penyedia pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan rekam medis (RM).

Menurut Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumentasi tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Salah satu media untuk mendapatkan informasi dan data dalam suatu pelayanan kesehatan adalah dengan menggunakan formulir untuk mengisi dan mencatat informasi.

Dalam pemberian pelayanan medis masih banyak tenaga medis dan dokter yang kurang sadar akan kelengkapan pengisian dokumen rekam medis, padahal data merupakan hal yang sangat penting demi tercapainya tujuan administrasi rumah sakit yang diharapkan dan untuk tercapainya kesinambungan data pasien yang dapat digunakan untuk berbagai kepentingan selanjutnya.

Di RSUD KRT Setjonegoron Wonosobo, masih banyak ditemukan ketidaklengkapan pengisian data dokumen rekam medis rawat inap pasien stroke pada periode triwulan ke 4, dari hasil pengamatan dan pengambilan beberapa dokumen untuk dijadikan sampel, ternyata masih banyak ditemukan ketidaklengkapan pengisian dokumen, seperti tidak dicantumkannya diagnosis awal, tidak adanya tanda tangan dokter dan juga masih ada kesalahan dalam melakukan pembenaran terhadap data yang salah. Hal ini akan berakibat menjadi kurang akuratnya data dan informasi yang dihasilkan dalam dokumen rekam medis rawat inap tersebut, hal ini perlu ditindak lanjuti dengan melakukan kebijakan peraturan yang dibuat oleh pihak rumah sakit yang mengatur kelengkapan pengisian data rekam medis untuk menekan ketidaklengkapan dalam pengisian dokumen rekam medis (*incomplete medical record*) dan juga untuk kepentingan data agar dapat berkesinambungan dan dapat untuk patokan dalam penegakan diagnosis selanjutnya.

Peneliti tertarik melakukan penelitian ini karena pada saat melakukan survei masih ditemukan sebagian dokumen yang kurang lengkap dalam pengisiannya dan juga tenaga kesehatan yang kurang sadar dalam mengisi kelengkapan data pasien seperti tidak dicantumkannya diagnosis, tidak adanya tanda tangan dokter, pemeriksaan fisik dan penunjang pasien, padahal kelengkapan data merupakan aspek yang sangat penting untuk keperluan pelayanan kesehatan.

Oleh karena itu penulis mengangkat judul analisa kuantitatif kelengkapan pengisian DRM rawat inap pada kasus stroke triwulan IV tahun 2012.

B. METODE PENELITIAN

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian adalah deskriptif, yaitu jenis penelitian yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran atau tentang deskripsi dari suatu keadaan. Sedangkan pengambilan data secara observasi, dengan melakukan suatu prosedur yang terencana, antara lain dengan melihat, mencatat, dan taraf aktifitas tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti dengan menggunakan metode pendekatan secara retrospektif yaitu melakukan penelitian terhadap data yang terjadi di masa lalu atau yang telah terjadi.

2. Variabel Penelitian

Variabel adalah Konsep yang mempunyai variabilitas. Sedangkan Konsep adalah penggambaran atau abstraksi dari suatu fenomena tertentu. Konsep yang berupa apapun, asal mempunyai ciri yang bervariasi, maka dapat disebut sebagai variabel. Dengan demikian, variabel dapat diartikan sebagai segala sesuatu yang bervariasi. Berdasarkan pada pengetahuan-pengertian di atas, maka dapat dirumuskan definisi variabel penelitian adalah: Suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, obyek atau

kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya.

Variabel yang diteliti adalah kelengkapan pengisian dokumen rekam medis yang ditinjau dari 4 review yaitu :

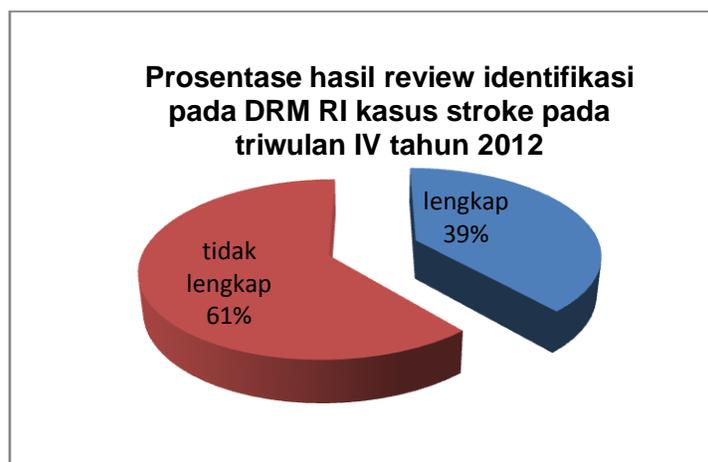
- a. Review Identifikasi Dokumen Rekam Medis rawat inap pada penyakit stroke di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo periode triwulan 4 tahun 2012.
- b. Review Authentifikasi Dokumen Rekam Medis rawat inap pada penyakit stroke di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo periode triwulan IV tahun 2012.
- c. Review Pencatatan Dokumen Rekam Medis rawat inap pada penyakit stroke di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo periode triwulan IV tahun 2012.
- d. Review Pelaporan Dokumen Rekam Medis rawat inap pada penyakit stroke di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo periode triwulan IV tahun 2012.
- e. Delingue medical record Dokumen Rekam Medis rawat inap pada penyakit stroke di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo periode triwulan IV tahun 2012.

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Hasil dari review identifikasi

Berdasarkan review identifikasi pada dokumen rekam medis rawat inap (DRMRI) pada kasus stroke pada triwulan IV tahun 2012 dari semua formulirnya yang diteliti kelengkapan pengisian aspek identifikasi yang meliputi nama, nomor rekam medis, umur, dan ruang. Sesuai dengan hasil check list yang terdapat pada lampiran 1, diperoleh hasil dari jumlah 83 sampel dokumen rekam medis yang diteliti kelengkapan review identifikasinya ternyata hanya 32 dokumen rekam medis atau 38,6 % dokumen rekam medis yang lengkap dan 51 dokumen rekam medis atau 61,4% dokumen rekam medis tidak lengkap dalam pengisiannya.

Grafik 4.1



Setelah dilakukan penelitian dari 83 dokumen rekam medis yang diteliti terdapat 51 dokumen rekam medis yang tidak lengkap atau 61% dokumen rekam medis tidak lengkap dalam melakukan pengisian identitas pasien, diketahui bahwa formulir yang paling banyak dijumpai ketidak lengkapan pengisiannya adalah formulir RM 11 yaitu formulir resume yang berjumlah 24 dokumen.

2. Hasil dari review pencatatan

Berdasarkan review pencatatan pada dokumen rekam medis rawat inap (DRMRI) pada kasus stroke pada triwulan IV tahun 2012 dari semua formulirnya yang diteliti review pencatatan yang meliputi terbacanya tulisan, informasi yang berkesinambungan pada formulir tersebut, tidak ada coretan, pembetulan kesalahan dilakukan dengan benar dan bila terjadi kesalahan dalam penulisan maka tulisan yang salah dapat dicoret dan dibenarkan penulisannya serta dibubuhi tanda tangan. Sesuai dengan hasil check list yang terdapat pada lampiran 2, diperoleh hasil dari jumlah 83 sampel dokumen rekam medis yang diteliti kelengkapan review pencatatannya ternyata 41 dokumen rekam medis yang baik dalam melakukan pencatatannya.

Grafik 4.2



Dari 83 dokumen rekam medis yang diteliti review pencatatannya, diketahui bahwa 42 dokumen tidak baik dalam pencatatannya atau 50,6% dokumen rekam medis tidak baik dalam pencatatannya, yang sebagian besar terdapat pada formulir RM 11 yang berjumlah 24 formulir tidak baik dalam pencatatannya.

3. Hasil dari review pelaporan

Berdasarkan review pelaporan pada dokumen rekam medis rawat inap (DRMRI) pada kasus stroke pada triwulan IV tahun 2012 dari semua formulirnya yang diteliti review pelaporannya Sesuai dengan hasil check list yang terdapat pada lampiran 3, diperoleh hasil dari jumlah 83 sampel dokumen rekam medis yang diteliti kelengkapan review pelaporannya ternyata 49 dokumen rekam medis yang lengkap.

Grafik 4.3



Dari 83 dokumen rekam medis yang diteliti ternyata 34 dokumen rekam medis atau sekitar 41 % dokumen rekam medis tidak lengkap dalam pengisiannya, diketahui bahwa formulir yang paling banyak dijumpai ketidak lengkapan pengisiannya adalah formulir RM 8 yang berjumlah 23 dokumen.

4. Hasil dari review autentifikasi

Berdasarkan review autentifikasi pada dokumen rekam medis rawat inap (DRMRI) pada kasus stroke pada triwulan IV tahun 2012 dari semua formulirnya yang diteliti kelengkapan pengisian aspek autentifikasi yang meliputi nama, dan tanda tangan tenaga medis. Sesuai dengan hasil check list yang terdapat pada lampiran 4, diperoleh hasil dari jumlah 83 sampel dokumen rekam medis yang diteliti kelengkapan review autentifikasinya ternyata hanya 25 dokumen rekam medis yang lengkap dan 58 dokumen rekam medis tidak lengkap.

Grafik 4.4

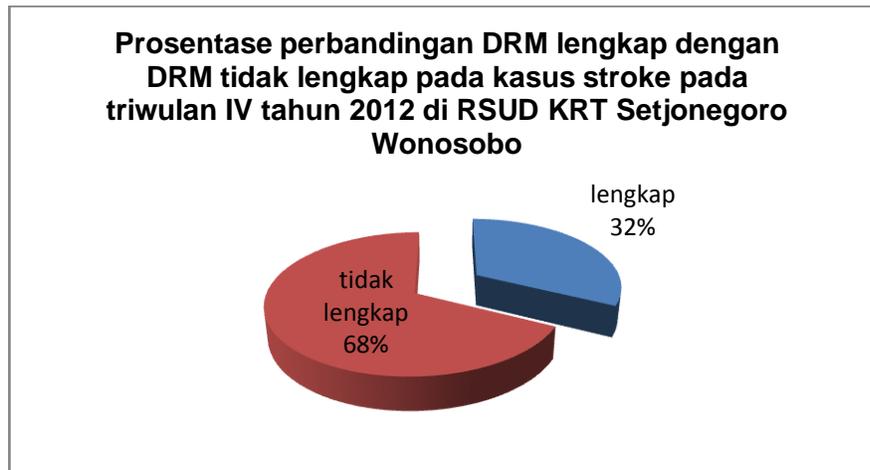


Dari 83 dokumen rekam medis yang diteliti ternyata terdapat 58 dokumen rekam medis atau 70 % dokumen rekam medis tidak lengkap dalam pengisiannya, diketahui bahwa formulir yang paling banyak dijumpai ketidak lengkapan pengisiannya adalah formulir RM 3.1 yaitu asuhan keperawatan gawat darurat, yang berjumlah 29 dokumen.

5. Hasil akhir review pada tiap formulir

Berdasarkan hasil akhir review yang telah dilakukan dengan meninjau dari aspek review identifikasi, pencatatan, pelaporan, dan autentifikasi pada setiap lembar formulir rekam medis yang terdapat pada dokumen rekam medis rawat inap pada kasus stroke pada triwulan IV tahun 2012 dapat diketahui dokumen rekam medis yang lengkap dan yang tidak lengkap. Sesuai dengan hasil check list yang terdapat pada lampiran, diperoleh hasil dari jumlah 83 sampel dokumen rekam medis yang diteliti diketahui 27 (30,1%) dokumen rekam medis yang lengkap dan 56(69,9%) dokumen rekam medis tidak lengkap. prosentase hasil akhir pada review dokumen rekam medis rawat inap pada kasus stroke triwulan IV tahun 2012 dapat dilihat pada tabel berikut.

Grafik 4.5



Setelah dilakukan review baik dari review identifikasi, pencatatan, pelaporan, dan autentifikasi ternyata prosentase ketidak lengkapan dokumen rekam medis lebih banyak dibandingkan dengan dokumen rekam medis yang lengkap dalam pengisiannya prosentase ketidak lengkapannya adalah 67,7% sedangkan dokumen rekam medis yang lengkap hanya 32,3%, hal ini perlu dilakukan pembenahan agar dokumen rekam medis dapat terisi secara lengkap dan menghasilkan informasi yang akurat dan berkesinambungan.

Perhitungan analisa ketidak lengkapan dilakukan dengan menggunakan rumus DMR karena penelitian dilakukan ketika dokumen sudah masuk ke bagian filing.

$$\text{DMR} = \frac{\text{jumlah DRM yang tidak lengkap}}{\text{jumlah DRM lengkap yang diteliti}} \times 100\%$$

$$\text{DMR} = \frac{27 \text{ DRM}}{56 \text{ DRM}} \times 100\%$$

$$\text{DMR} = 48,2 \%$$

Dari perhitungan diatas maka tingkat kebandelan dokumen rekam medis (DMR) sebesar 48,2 %dokumen rekam medis bandel dari 56 dokumen rekam medis lengkap yang diteliti.

D. Kesimpulan

1. Review Identifikasi

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review identifikasi dari 83 berkas yang diteliti pada masing masing formulir berkas rekam medis rawat inap penyakit stroke dengan triwulan IV th 2012,review identifikasi yang diamati terdapat butir data yang masih belum lengkap yaitu bagian nama,umur,jenis kelamin.dari penelitian yang dilakukan diperoleh 32 (38,6%) berkas lengkap dan 51 (61,4%) belum lengkap.

2. Review autentifikasi

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review autentifikasi dari 83 berkas yang diteliti pada masing masing formulir berkas rekam medis rawat inap penyakit stroke triwulan IV terdapat 25 (30,1%) berkas lengkap dan 58 (69,9%) tidak lengkap.

3.Review pencatatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pencatatan dari 83 berkas yang diteliti pada masing masing formulir rekam medis rawat inap penyakit stroke triwulan IV tahun 2012 terdapat 41 (49,4%) sudah baik dan 42 (50,6%) tidak baik dalam pencatatannya.

4. Review pelaporan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pelaporan dari 83 berkas yang diteliti pada masing masing formulir berkas rekam medis rawat inap penyakit stroke dengan triwulan IV th 2012, review pelaporan yang diamati terdapat butir data yang masih belum lengkap yaitu bagian nama,umur,jenis kelamin.dari penelitian yang dilakukan diperoleh 49 (59%) berkas lengkap dan 34 (41%) belum lengkap

5. Hasil DMR (*delingue medical record*)

Dari hasil perhitungan tentang DMR (*delingue medical record*) diperoleh hasil bahwa prosentase kebandelan dokumen rekam medis sebesar 48,2 % dokumen rekam medis.

E. SARAN

1. Saran untuk manajemen rumah sakit

- a. Memberikan penyuluhan atau sosialisasi kepada para tenaga medis tentang pentingnya kelengkapan sebuah dokumen rekam medis yang bertujuan agar dokumen tersebut memiliki nilai informasi yang akurat dan berkesinambungan.
- b. Memberi penghargaan kepada tenaga medis yang selalu bisa mengisi dokumen rekam medis secara lengkap agar timbul rasa bangga dan menjadi motivasi bagi tenaga medis yang lain agar mau mengisi dokumen rekam medis secara lengkap.
- c. Mengirimkan surat teguran bagi pihak pihak yang kurang peduli tentang kelengkapan pengisian dokumen rekam medis dengan tembusan langsung kepada dewan direksi rumah sakit tersebut.
- d. Ditegaskannya sanksi kepada pihak pihak yang bertanggung jawab terhadap kelengkapan pengisian dokumen rekam medis oleh komite medis dengan tembusan dewan direksi rumah sakit kepadadokterdan perawat selaku petugas medis dan paramedis, apabila tidak dapat melakukan pengisian dokumen rekam medis secara lengkap

2. Saran untuk unit rekam medis

- a. Menyusun prosedur tetap tentang kelengkapan pengisian dokumen rekam medis agar memiliki pedoman dan aturan yang mengatur kelengkapan dalam melakukan pengisian dokumen rekam medis.

Daftar Pustaka

1. Hartono, Bambang, Dr, SKM., M.Sc., MM. (2010). *Promosi Kesehatan di Puskesmas & Rumah Sakit*. Rineka Cipta. Jakarta.
2. PermenkesNo. 269/MENKES/PER/III/2008.
perpustakaan.depkes.go.id:8180/bitstream//.../1/PMK269-0308.pdf. (di akses 4 februari 2013)
3. Rustiyanto, Ery. (2009). *Etika Profesi Perekam Medis & Informasi Kesehatan*. Graha Ilmu. Yogyakarta.
4. Notoadmodjo, Soekidjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta
5. Hatta, Gemala, R. (2009). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Universitas Indonesia. Jakarta.
6. Depkes RI Direktorat Jendral Pelayanan Medik, Pedoman Pengelolaan RekamMedis
buk.depkes.go.id/index.php?option=com_docman&task.(di akses 5 februari 2013)
7. Sugianto, Zaenal. (2006). *Analisis Perilaku Dokter dalam Mengisi Kelengkapan data Rekam Medis Lembar Resume Rawat Inap*. <http://eprints.undip.ac.id/4397/>. (di akses 20 mei 2012).
8. Shofari, Bambang. (2008). Quality Assurance Rekam Medis. DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Universitas Dian Nuswantoro. (tidak dipublikasikan)
9. Pengertian stroke. <http://en.wikipedia.org/wiki/Stroke>. (di akses 5 februari 2013)
10. Wijaya L, Kealth Record Management, Assembling Records, Quantitative and Qualitative Analisis, Jakarta, 1999.